

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1909

87

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Docteur J. VÉRON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Décembre 1909 à 1 heure

De la Laparotomie médiane

POUR

Appendicectomie chez la femme

Président : M. POZZI, Professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, Professeur ;
André BROCA et AUVRAY, Agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

87

Année 1909

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Docteur J. VÉRON

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Décembre 1909, à 1 heure.

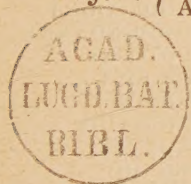
De la Laparotomie médiane

POUR

Appendicectomie chez la femme

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : { MM. DE LAPERSONNE, professeur.
 { André BROCA et AUVRAY, agrégés.



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	{ PIERREDELBET
	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{ PINARD
	{ BAR
	{ RIBEMONT-DES
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE L'ECOLE DE ROCHEFORT-SUR-MER

ET

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN A L'HOPITAL BROCA

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux. Nous ne pouvons, à notre grand regret, dire à chacun d'eux, de combien nous leur sommes redevable, mais nous pouvons leur assurer qu'ils garderont une grande place dans notre souvenir. Nous leur adressons à tous, l'hommage de notre plus vive reconnaissance.

Monsieur le professeur POZZI, dans le service duquel nous avons été externe pendant une année à l'hôpital Broca, est en particulier l'objet de nos plus vifs remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit permis d'exprimer aussi toute notre gratitude :

au professeur GILBERT BALLEZ, qui nous enseigna les maladies nerveuses ;

au docteur GUINARD, chez qui nous fîmes un stage de chirurgie générale ;

au professeur ACHARD, chez qui nous remplaçâmes, pendant quelques mois, un ami externe ;

au docteur PETIT, dans le service duquel nous fîmes de la médecine générale :

au professeur LEJARS, chez qui nous ne fûmes externe que pendant quelques mois;

au professeur PINARD, dans le service duquel nous fîmes notre stage d'accouchement;

au professeur PROUST, au docteur JAYLE, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée dans le service du Professeur POZZI, et enfin au docteur DARTIGUES qui a bien voulu nous guider dans notre travail et mettre à notre disposition les vingt observations inédites que nous reproduisons.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années déjà, on ne fait plus de laparatomie sous-ombilicale, sans en profiter pour examiner l'appendice et l'enlever s'il y a lieu: c'est la coexistence fréquente de lésions appendiculaires avec d'autres lésions abdominales ou pelviennes, utéro-annexielles, annexite droite surtout, qui a amené le chirurgien à porter son attention du côté de l'appendice..

Dans les différentes laparatomies médianes sous-ombilicales que l'on fait et dans lesquelles on intervient du côté de cet appendice, on constate que cet organe est facilement abordable par cette voie.

Fréquemment, l'on voit des malades qui ont déjà été opérées pour appendicite, par la voie latérale, présenter les symptômes d'une affection utéro-annexielle.

Ces différentes notions: coexistence fréquente de lésions appendiculaires avec des lésions utéro-annexielles, abord facile de l'appendice par la voie médiane, fréquence d'annexite droite chez d'anciennes opérées par la voie latéra-

le pour appendicite, nous ont amené à rechercher s'il n'est pas préférable d'attaquer l'appendice par la voie médiane.

Dans ce travail, nous rechercherons d'abord par laquelle de ces deux voies, latérale et médiane, l'opération en elle-même est la plus facile; nous comparerons ensuite la valeur de ces deux modes opératoires. En dernier lieu, nous verrons à quels cas la voie médiane convient particulièrement.

Dans cette modeste étude, nous nous sommes inspiré de la brève communication intitulée: « Des avantages de la laparatomie médiane pour pratiquer l'appendicectomie », faite au congrès de Chirurgie séance du 6 octobre 1908, par le docteur Emile Reymond, de Paris (1) et surtout de celle intitulée: « De la laparatomie médiane sous-ombilicale pour pratiquer l'appendicectomie à froid chez la femme », faite par le docteur Dartigues, à la Société des Chirurgiens de Paris, en février 1909 (2).

Nous nous sommes inspiré aussi des idées souvent exposées par notre maître le professeur Pozzi qui, un des premiers, a été partisan de la laparatomie médiane pour appendicectomie chez la femme et que, souvent, nous avons vu opérer par cette voie lorsqu'il avait affaire à une femme à organes génitaux suspects.

(1) *Bulletin du Congrès de Chirurgie* 1908, pages 402 à 411.

(2) *Paris Chirurgical*, Tome I, numéro 2, pages 129 à 139.

PREMIÈRE PARTIE

DE LA LAPAROTOMIE MÉDIANE POUR APPENDICECTOMIE AU POINT DE VUE OPÉRATOIRE

La laparatomie médiane pour appendicectomie est-elle plus simple, plus facile que la laparatomie médiane? Pour répondre à cette question, nous passerons en revue les différents temps de l'opération: ouverture du ventre, découverte de l'appendice, son extirpation et enfouissement sous-péritonéal du moignon, drainage, fermeture.

Nous ferons remarquer, dès maintenant, que ce que nous allons exposer, ne peut s'appliquer à tous les cas: la situation de l'appendice est trop variable pour que l'on puisse établir une règle unique. Ce qui suit ne s'applique donc, non pas à tous les cas, mais à la majorité. D'ailleurs dans le cours de notre travail, nous ferons les restrictions qu'il y aura lieu de faire.

I° La voie médiane est plus simple et plus facile que toute autre voie *au point de vue ouverture du ventre.*

Tout d'abord, il n'est pas besoin de points de repère pour faire la ligne d'incision; il n'en est pas de même pour les

incisions latérales de Roux, Jalaguier, Mac-Burney, dans lesquelles il est nécessaire de déterminer nettement cette ligne ni trop près ni trop loin de l'épine iliaque, si l'on ne veut pas avoir des difficultés pendant toute l'opération.

Dans l'incision médiane, on trouve plus facilement un chemin entre les deux muscles droits de l'abdomen que l'on n'a pas à sectionner; le bistouri rencontre à ce niveau un interstice naturel, la ligne blanche, qu'il franchit avec la plus grande facilité: on peut alors, à travers l'incision, isoler avec le doigt le péritoine que l'on ouvre le plus souvent sans difficulté.

Cette région, ne possédant que des vaisseaux d'importance insignifiante, l'écoulement sanguin est presque nul, tout au plus a-t-on une légère effusion due à la section de quelques vaisseaux cutanés.

Dans la laparatomie latérale, on est obligé, ou bien de sectionner à part l'aponévrose du grand oblique, de couper perpendiculairement à la direction de leurs fibres, le petit oblique et le transverse, muscles sur lesquels et dans lesquels on voit de nombreux vaisseaux (procédé de Roux); la section de ceux-ci fournit une assez importante hémorragie dont il faut se rendre maître. Ou bien l'on dissocie le petit oblique et le transverse dans le sens de leurs fibres; il faut alors plus de temps que pour faire une simple incision et comme l'on ne peut pousser bien loin cette dissociation, l'on n'a pas toujours assez de jour. On peut, il est vrai, compléter, si besoin est, cette incision, par une incision verticale, celle de Jalaguier par exemple; mais alors on perd tous les avantages du procédé de Mac-Burney. Ou bien l'on

fait l'incision sur le bord externe du grand droit (Jalaguier) ; on sectionne alors les vaisseaux et nerfs de ce muscle, vaisseaux et nerfs qui arrivent à lui presque perpendiculairement à sa direction. Pour peu que l'on fasse l'incision trop bas, on tombe sur l'artère épigastrique.

Enfin, par la voie latérale, le péritoine est moins accessible, car l'on ne peut pas écarter les lèvres de la plaie autant que celles de l'incision médiane ; dans le premier cas en effet, on est en plein muscle, tandis que dans le second, on est entre deux muscles longs, facilement extensibles.

II° Par la voie médiane, *on trouve au moins aussi facilement l'appendice que par la voie latérale.*

On ne sait que rarement, avant l'ouverture du ventre, à quel endroit exact on va le trouver ; parfois cependant, soit au moment de la crise aiguë, soit pendant la période de refroidissement, soit immédiatement avant d'opérer, lorsque la malade est déjà sous l'influence du chloroforme, on peut le sentir rouler sous le doigt déprimant la paroi.

Le plus fréquemment il descend dans la fosse iliaque, ou est sur le côté interne du cæcum. M. Lafforgue (1), élève du professeur Testut, a trouvé, sur 200 sujets, 42 fois sur 100 l'appendice descendant, 26 fois sur le côté interne du cæcum, 17 fois sur le côté externe, 13 fois remontant, soit devant, soit derrière le cæcum.

Dans les deux cas, les plus fréquents, c'est-à-dire dans les cas d'appendices descendants ou latéraux internes, il arrive souvent que cet appendice vienne se présenter de

(1) Traité d'anatomie humaine de Testut, 4^e édition, Tome IV, page 192.

lui-même à la vue du chirurgien; il est alors très reconnaissable au milieu des anses intestinales. Il est rendu visible par la position inclinée de la malade: les anses intestinales libres et flottantes descendant généralement vers le diaphragme, tandis que le cœcum, moins mobile, reste à sa place avec son appendice, animé de mouvements alternatifs de présentation et de retrait, correspondant aux inspirations et aux expirations de la malade.

L'arfois cependant, malgré la position inclinée de la malade, l'appendice n'apparaît pas; c'est que, dans ce cas, le cœcum est plus libre et a pu trop se rapprocher du diaphragme; il suffit alors de relever un peu la malade, pour le faire revenir avec l'appendice dans le champ opératoire.

Par la voie latérale, il est rare, à moins d'ouverture très large, que l'on trouve l'appendice sans manipuler le cœcum; il faut souvent, pour le voir, attirer hors de la plaie, le cœcum qui ne se présente pas toujours immédiatement et qui n'est pas toujours facilement reconnaissable. Les difficultés sont encore plus grandes dans certains cas d'anomalie de siège de l'appendice; (la situation dans la fosse iliaque gauche a été constatée); dans les cas de ce genre il faut faire un véritable brassage intestinal.

Presque toujours, il faut soulever le cœcum, même le tordre pour trouver l'appendice qui d'ordinaire lui est postérieur ou placé sur son côté interne. Si cet appendice présente des adhérences, ce qui peut fort bien ne pas se voir lorsque l'on tire sur le cœcum, on ne l'entraînera qu'avec beaucoup de peine; on risquera même de le rom-

pre, laissant fuser son contenu septique sur une région que l'on n'aura pas encore pu protéger avec des champs.

Par la voie médiane, on n'a pas à manipuler le cœcum; on reconnaît sans peine l'appendice sur son côté interne, en général dans l'angle iléo-cœcal; on peut l'aborder directement; on voit alors s'il présente des lésions et l'on peut prendre toutes les précautions nécessaires.

Si l'appendice remonte devant le cœcum, il est aussi facilement découvert par la voie médiane que par la voie latérale; s'il remonte en arrière, on arrive aussi bien à lui en allant de dedans en dehors que de dehors en dedans, comme on le fait par la voie latérale.

Si l'appendice est exo-cœcal, sa découverte est plus facile par la voie latérale; mais ce cas, comme nous l'a montré la statistique de M. Lafforgue, est rare.

En somme, la laparotomie médiane est un chemin plus sûr pour arriver vers l'appendice; par elle nous pouvons aller l'atteindre, sans trop de difficultés, dans les différents endroits où il peut siéger; par la laparotomie latérale, nous ne le pouvons pas: l'incision latérale ne correspond, en effet, que rarement à son point de projection sur la paroi abdominale.

III. La voie médiane est plus simple et plus facile au point de vue de l'extirpation appendiculaire et de l'enfouissement sous-péritonéal du moignon.

Ici, encore, comme dans le paragraphe précédent, nous ne faisons allusion qu'aux cas d'appendices descendants ou ascendants et latéraux internes; dans le cas d'appendice, en situation externe, nous n'aurions pas d'avantages à opérer par la voie médiane.

Tout chirurgien a vu quelles difficultés surgissent dans une laparotomie pour appendicectomie lorsque l'appendice est ratatiné ou court, lorsqu'il présente des adhérences, est incrusté dans la paroi cœcale, comme il l'était dans le cas rapporté dans l'observation IV; il faut alors pour ainsi dire, le sculpter dans cette paroi; lorsqu'il a un méso très réduit (observ. XIV), ou absent, ou lorsqu'il est entouré de fausses membranes, cas très fréquent, parfois perdu dans un magma inflammatoire d'une salpingite ou d'une ovarite droite concomitante, ou dans une loge de péritonite tuberculeuse (obs. VIII); ou lorsqu'il est en position pelvienne comme c'était le cas dans deux observations que cite Huguier à la Société des Chirurgiens de Paris (séance du 12 mars) (1): Dans le premier cas l'appendice plongeait dans le bassin et était adhérent; Huguier opéra par la voie latérale; mais ne put enlever entièrement l'appendice; il dut abandonner l'extrémité dans le pelvis; la malade guérit, mais après une longue période de suppuration. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un abcès-pelvien qu'il évacua par le rectum; deux mois après, il ouvrit le ventre sur la ligne médiane, et put alors enlever l'appendice collé sur la face antérieure du rectum.

Dans des cas aussi compliqués que les précédents, et ils ne sont pas rares, pour extraire l'appendice et enfouir correctement le moignon, il faut que le chirurgien ait du jour et de l'espace; sinon, son œuvre sera des plus pénibles.

(1) *Paris Chirurgical*, Tome I, numéro II, pages 178-179.

bles, parfois même impossible et risquera bien de ne pas être complète.

Par la voie médiane, les difficultés ne sont certes pas supprimées, mais sont grandement atténuées; le chirurgien peut se servir de la valve de Doyen associée avec un écarteur; il a ainsi un jour excellent et un champ opératoire plus vaste. Sans trop de peine, il arrive à libérer l'appendice de toutes ses adhérences, en le suivant d'une extrémité à l'autre sans opérer de tiraillements susceptibles de le rompre.

La voie médiane, si elle n'offre pas d'avantages dans le cas d'appendice exo-cœcal, et ce cas, je le répète, est rare, en offre dans tous les autres cas. Bien plus, elle seule permet l'extirpation d'un appendice pelvien ou long, dépassant la ligne médiane.

Quant à la toilette du péritoine, si elle doit être faite, elle sera plus facilement faisable à travers l'incision médiane avec ses lèvres largement écartées, qu'à travers la petite incision latérale.

On pourrait, à la rigueur, objecter qu'en pratiquant l'incision médiane, qui donne un vaste champ opératoire, on ouvre une plus large porte à l'infection; mais cet argument n'a plus de valeur à notre époque, où il est bien entendu que nous opérons sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie.

On pourrait, de même, prétendre que, dans les cas de collections purulentes, l'on risque plus de généraliser l'infection par une incision médiane que par une latérale. Ce n'est pas notre avis. Nous pensons en effet, que la pre-

nière nous permet mieux de voir cette collection, de protéger les parties saines avant de faire quoi que ce soit. S'il est vrai que la rupture d'une collection purulente dans la laparotomie latérale est moins sujette à donner une péritonite généralisée que dans la laparotomie médiane, il est vrai aussi que cette rupture est beaucoup plus facile à éviter dans le second cas que dans le premier.

IV. *Au point de vue du drainage*, la voie médiane ne présente pas d'avantages sur la voie latérale, s'il ne s'agit que d'une simple appendicectomie; l'on est en effet obligé de faire un drainage indirect, surtout si l'on a affaire à des collections exo-cœcales.

Cependant elle permet au chirurgien de placer le drain exactement où il le veut; s'il est nécessaire de faire une contre-ouverture, il peut la faire de dedans en dehors au point voulu.

Dans le cas où il existe des foyers purulents secondaires, l'opérateur se trouve dans une situation préférable. Par cette voie médiane, il peut, même sans faire de contre-ouverture, opérer un drainage puissant.

Si le chirurgien a dû faire, en même temps que l'appendicectomie, une hystérectomie totale, il peut, par le vagin, établir un drainage parfait.

V. La voie médiane est plus simple et plus facile que la latérale *au point de vue de la fermeture de la paroi.*

La différence n'est pas énorme, mais elle existe néanmoins. Tandis que dans la première, on n'a qu'une suture à 3 plans à faire (péritoine, muscles et aponévroses, peau), quand encore on ne fait pas la suture en masse,

dans la seconde on a à faire une suture en 4 plans (péritoine, muscle petit oblique et transverse, aponévrose du grand oblique, peau »; sinon l'on peut craindre une éversion future. L'incision de Jalaguier présente le même avantage que l'incision médiane.

La laparotomie latérale présente encore un autre inconvénient dans la réfection de la paroi: le péritoine plus mince sur les côtés que sur la ligne médiane, se laisse souvent déchirer lorsque l'on fait le surjet sérieux.

En somme et en général, au point de vue opération en elle-même, la laparotomie médiane a pour avantages sur la laparotomie latérale: de demander une incision de la paroi plus facile et plus rapide, donnant un jour excellent favorisant la découverte de l'appendice dans toutes ses positions « sauf le cas d'appendice exo-cœcal » son extirpation et l'enfouissement sous-péritonéal de son moignon; de permettre une toilette du péritoine plus complète lorsque celle-ci est nécessaire et un drainage qui, quoique indirect, est meilleur si l'on a dû faire d'autres interventions complémentaires; enfin de nécessiter une réfection de la paroi plus simple.

DEUXIÈME PARTIE

DE LA VALEUR DE LA LAPAROTOMIE MÉDIANE POUR APPENDICECTOMIE

Comme opération la laparotomie médiane est donc plus facile que la latérale; ce seul avantage pourrait déjà à la rigueur, nous faire opter pour la 1^{re} dans le cas d'appendicectomie, puisqu'elle nous permet, tout en étant plus facile que la 2^e, d'atteindre l'appendice avec moins de difficultés.

Mais cet avantage opératoire n'est pas le seul, surtout n'est pas le principal.

A *La laparotomie médiane* est en effet beaucoup *plus certaine* que la latérale: 1° elle ne laisse aucun doute sur la justesse du diagnostic porté avant l'opération; elle nous permet de voir sans peine toute l'étendue des lésions appendiculaires; 2° grâce à elle nous évitons de prendre une autre lésion du voisinage, surtout l'annexite droite, pour une appendicite; 3° Enfin, même dans le cas d'appendicite, nous voyons par elle si cette lésion est la seule dont souffre notre malade.

1° Le diagnostic d'appendicite n'est pas toujours facile; nous verrons tout à l'heure que la confusion avec une annexite droite peut fort bien se faire; si l'on opère par la voie latérale et que l'on tombe sur un appendice légèrement plus gros qu'il ne doit l'être normalement, on croit avoir sous les yeux la lésion qui a motivé l'intervention: une lésion annexielle peut en effet très bien passer inaperçue à travers l'étroite incision latérale. Si l'on opère par la voie médiane, l'examen des organes génitaux peut être complet autant que facile et l'erreur n'est pas commise.

La laparotomie médiane permet de voir toute l'étendue des lésions appendiculaires mieux que la laparotomie latérale: dans la 1^{re}, en effet, on ne touche à l'appendice qu'après en avoir fait un examen complet; dans la 2^e au contraire, on déplace l'appendice sans le voir, avec le cœcum derrière lequel il est en général caché; on sort ensemble ces deux organes de l'abdomen par l'incision latérale; parfois il est impossible de les déplacer, et on risque alors de ne pas voir toute l'étendue de la lésion.

2° La laparotomie médiane évite au chirurgien de prendre une annexite droite pour une appendicite.

Le diagnostic différentiel entre ces deux affections n'est pas toujours facile; l'erreur a souvent été commise et elle l'est encore; mais si l'opération est faite par la voie médiane, le diagnostic porté à faux peut facilement être rectifié.

Souvent l'on a cru avoir affaire à une appendicite, quand il s'agissait d'une annexite droite et on enlevait par la

voie latérale l'appendice réputé cause des symptômes constatés; sous l'influence du repos auquel on soumettait l'opérée; ces symptômes pouvaient disparaître, mais plus souvent, ou la malade ne se rétablissait pas; ou bien quelque temps après, on la trouvait atteinte d'annexite droite; il fallait intervenir à nouveau.

Cette erreur de diagnostic était due à plusieurs causes: tout d'abord, il est évident que, pendant un certain temps, le praticien frappé, et à juste titre, par l'apparition si soudaine d'appendicites terribles qu'il ne pouvait qu'assister impuissant au développement de péritonites foudroyantes, craignait toujours d'intervenir trop tard et n'osait attendre d'avoir pu confirmer son diagnostic: à la moindre douleur à droite, avec quelques phénomènes de réaction péritonéale, il opérât.

Une autre cause d'erreur réside dans la proximité et les rapports entre l'appendice et les annexes droites; le chirurgien n'oublie pas que l'appendice peut être en position anormale ou être long au point de descendre jusqu'au niveau des annexes droites et que, dans ce cas, le point de Mac-Burney n'existe plus; pour peu que le palper bimanuel n'ait pas conduit au diagnostic d'annexite, ou que ce palper ait été impossible en raison de la vive douleur qu'il provoquait, la confusion entre annexite et appendicite peut se faire.

Les antécédents appendiculaires d'une malade joints à l'absence d'antécédents génitaux peuvent attirer l'attention de l'opérateur vers l'appendice, alors qu'elle aurait dû se porter sur la trompe et l'ovaire droits. Dans ce cas,

il est vrai, ce n'est qu'une demi-erreur, car l'appendice a bien des chances de ne pas être sain; mais c'est suffisant pour que l'opération ne donne pas les résultats attendus si elle est pratiquée par la voie latérale.

Par cette voie, en effet, on ne peut guère explorer les organes génitaux; l'on risque beaucoup d'enlever un appendice sain ou peu malade et laisser à côté un ovaire et une trompe grandement infectés. Il n'y a que la laparotomie médiane qui puisse permettre de contrôler sûrement le diagnostic porté avant l'opération; la situation même, de l'ouverture de la paroi précisément au niveau des organes génitaux, la largeur du champ opératoire avec son jour parfait, permet de voir aussi bien, c'est-à-dire très bien l'ovaire et la trompe droits que l'appendice. L'erreur de diagnostic n'est plus possible.

La laparotomie médiane, non seulement permet de rectifier le diagnostic dans le cas de confusion entre une annexite et une appendicite, mais elle le permet aussi dans le cas d'autres lésions para-appendiculaires, telles que kystes du ligament large, péritonite tuberculeuse ascitique enkystée...

4° Par la laparotomie latérale, nous ne pouvons explorer que l'appendice et les annexes droits; l'exploration de ces derniers parfois est déjà très difficile.

Par la laparotomie médiane nous pouvons explorer les annexes gauches, ce qui nous est absolument impossible par l'autre voie; nous pouvons sans peine, sans opérer trop de tiraillements, passer en revue tous les organes de l'abdomen et du pelvis. Notre diagnostic pourra donc être

complet. Nous ne croirons pas n'avoir affaire qu'à une appendicite quand à côté nous avons une annexite uni ou bi-latérale, une péritonite enkystée, une déviation utérine.

B. De ce qui précède, il résulte que la *Laparotomie médiane pour appendicectomie est plus complète*; en effet, du fait que le diagnostic est fermement et facilement établi, du fait que notre incision médiane nous permet l'abord de tous les organes abdominaux et pelviens, il résulte que nous pouvons enlever tout ce qu'il y a à enlever, faire tout ce qu'il y a à faire.

Dans le cas où il n'y a que l'appendice malade, nous avons déjà vu que par la laparotomie latérale, l'on trouve parfois tellement de difficultés à extraire cet appendice, que l'on est obligé d'en laisser une partie.

Lorsqu'à côté de cet appendice se trouvent des collections purulentes secondaires, certaines d'entre elles passent inaperçues, continuent à conserver des germes infectieux, qui, bientôt se développent plus loin et malgré l'intervention, notre malade peut mourir en peu de temps de péritonite généralisée.

Par la voie médiane, nous n'avons pas de pareils accidents à redouter.

Par la voie latérale, nous ne pouvons guère faire, en dehors de l'appendicectomie, qu'une annexectomie droite; par cette voie il nous est impossible d'intervenir sur l'utérus, surtout sur les annexes gauches, sur l'intestin, sur des lésions même peu éloignées de l'appendice.

Par la voie médiane, nous pouvons attaquer sinon toutes,

au moins la plupart des lésions abdominales et pelviennes et cela sans prolonger notre incision en haut; si nous la prolongeons, et ici nous ne sommes pas limités comme dans le cas d'incision latérale, nous pouvons aborder toutes les lésions, faire même des interventions beaucoup plus sérieuses que l'appendicectomie.

Dans les observations que le docteur Dartigues a bien voulu nous permettre de publier ici, nous voyons que l'appendicectomie a été complétée par des opérations diverses:

Libération d'adhérences annexielles et utérines, reliquat d'une ancienne inflammation « obs. I »;

Annexectomie droite « obs. II. IV. V. VI. XVIII »;
suture de paroi intestinale, destruction d'adhérences intestinales dues à péritonite « obs. III. VIII. »;
annexectomie bilatérale « obs. X »;

— gauche « obs. XVI »; annexectomie droite avait déjà été opérée dans une intervention antérieure;
hystérectomie sub. totale pour fibromes « obs. VI » métrite avec annexite « obs. IX », kyste intra-ligamentaire « obs. XVII » avec péritonite « obs. XIX »;
hystérectomie abdominale totale pour fibrome sphacélé.
« obs. XV ».

Dans ces mêmes observations nous voyons que l'opérateur est toujours intervenu par la voie médiane et qu'il s'en est bien trouvé. Cependant d'après le diagnostic porté avant l'opération, il aurait pu, dans certains cas, intervenir par la voie latérale; en effet, tantôt il croyait n'avoir à faire qu'à une appendicite, tantôt il soupçonnait d'autres lésions, tantôt il savait que sûrement il y avait une autre

lésion, mais n'en connaissait ni la nature, ni l'étendue, tantôt son diagnostic était exact et complet.

Le docteur Reymond présente 20 cas d'appendicite ayant par elle-même provoqué la laparotomie, il a opéré chaque fois par la voie médiane, sur 15 de ces cas, il existait d'autres lésions dont les symptômes étaient masqués par ceux de l'appendicite. Ces lésions concomitantes étaient ainsi réparties: 9 cas d'annexites traités par l'hystérectomie, et par l'annexectomie uni ou bi-latérales.

1 cas d'ovaire scléro-kystique traité par la ponction au thermocautère.

1 de kyste parovarien et un de petit kyste de l'ovaire gauche traités tous les deux par l'ablation.

1 de fibrome traité par l'hystérectomie.

2 de rétroversion traités par l'hystéropexie.

1 de tuberculose pelvienne traité par l'annexectomie bi-latérale.

C. Dans la laparotomie médiane, *la cicatrice est plus solide* que dans la latérale, surtout que dans celle de Roux, par conséquent, présente moins de chance d'éventration future: dans les 20 observations que je rapporte, dans les 20 cas du docteur Reymond, il n'y a pas eu un seul cas d'éventration consécutive.

Cette solidité plus forte est due à ce que dans le 1^{er} cas, il n'y a pas eu de muscles sectionnés ou dissociés. D'ailleurs, s'il survient une éventration, elle est certainement plus facilement curable, si elle siège sur la ligne médiane que si elle est latérale.

Après une laparotomie latérale, la paroi perd plus de sa force de contraction qu'après la médiane; cela peut être du à deux causes :

Lorsqu'un muscle est sectionné transversalement, sa réparation s'opère par une cicatrice fibreuse également transversale, qui transforme le muscle, auparavant simple, en un muscle digastrique plus faible; c'est ce qui arrive inévitablement par l'incision de Roux.

Ou bien la section de vaisseaux et nerfs assez importants est cause de troubles trophiques caractérisés par une légère atrophie musculaire, de l'adipose sous-cutanée et des troubles cutanés. Nous avons vu que par l'incision médiane, nous n'avons que des vaisseaux et nerfs insignifiants à sectionner.

Nous ne saurions dire à laquelle de ces deux raisons, si elles ne sont pas toutes les deux en cause, il faut rapporter cette perte de force, mais ce qui est certain, c'est qu'elle est réelle. Nous avons eu l'occasion de voir accoucher dans les maternités des femmes, qui, les unes avaient subi la laparotomie médiane, les autres la latérale; nous avons constaté que la contraction abdominale défectueuse chez les unes et les autres, l'était plus chez ces dernières que chez les premières.

D. La laparotomie *médiane* est plus d'accord avec l'*esthétique* que la latérale, car, seule, elle permet d'obtenir une cicatrice que l'on peut dissimuler et qui ne trouble pas la symétrie abdominale.

Jamais une cicatrice chirurgicale, quoique artistiquement bien faite, n'a été un signal honorifique; pour certaines personnes et dans certains cas, une cicatrice, mê-

me sous-ombilicale, peut être cause de sérieux ennuis. Nous devons donc nous efforcer de dissimuler, dans la mesure du possible, les cicatrices consécutives à nos interventions.

Dans le cas d'appendicectomie, nous obtenons ce résultat, en opérant par la voie médiane. En effet, notre incision, qui, dans le cas où il ne s'agit que d'une appendicectomie simple, n'est guère plus longue qu'elle ne l'est lorsqu'on opère par la voie latérale, et qui l'est relativement moins lorsque l'intervention a dû être plus complète, est en partie cachée sous les poils du pubis. Ceux-ci dans les cas où un drainage a dû être effectué, recouvrent l'endroit où le drain a dû être placé, c'est-à-dire, la partie la plus laide de la cicatrice.

Si, au lieu de l'incision médiane et verticale, nous avons recours à la laparotomie cruciale de Kustner ou à celle de Pfannenstiël, le résultat esthétique est parfait: dès que les poils du pubis, qui avaient dû être rasés avant l'opération, ont repoussé, la cicatrice est complètement cachée et l'on ne voit pas trace de l'intervention. C'est un de ces deux procédés qu'emploie le docteur Dartigues, lorsqu'il a affaire à un ventre indemne de jeune femme ou de vierge (obs. XIII). Ces deux procédés laissent encore moins de trace que la suture intra-dermique.

Le cas d'intervention pour appendicite chez une femme qui a déjà été laparotomisée par la voie médiane, se présente assez fréquemment; dans ce cas, au nom de l'esthétique, nous devons intervenir par la même voie, c'est-à-dire, que nous devons faire une laparotomie itérative (obs. XI, XVI, XVII).

Au point de vue de l'esthétique, la laparotomie médiane a encore comme avantage de ne pas troubler la symétrie abdominale, comme le fait l'incision latérale avec sa cicatrice souvent rétractée et déprimée entre deux bourrelets adipeux.

TROISIÈME PARTIE

APPENDICITES JUSTICIABLES DE LA LAPAROTOMIE MÉDIANE

Voyons, maintenant que nous avons recherché tous les avantages que présente en général la voie médiane pour appendicectomie, quelles appendicites sont justiciables de cette voie.

C'est, sans contredit, chez la femme, avec ses frères organes génitaux, trop accessibles à l'infection, que l'incision médiane a le plus d'avantages; chez l'homme, sans que pour cela nous puissions dire qu'elle doit être réservée au sexe féminin, elle est beaucoup moins avantageuse. Nous ne nous arrêterons d'ailleurs pas sur ce point qui n'est pas de notre sujet.

L'appendicite peut se présenter sous différentes formes cliniques: appendicite au début, appendicite avec abcès, appendicite avec péritonite généralisée, appendicite à froid.

I. Nous intervenons rarement pour une appendicite au début, c'est-à-dire quelques heures après le commencement de la première crise; une erreur de diagnostic est à ce moment trop facile à commettre: une perforation ou une obstruction intestinales, par exemple, peuvent trop bien simuler l'appendicite. Dans le cas où il est jugé ur-

gent d'intervenir, c'est à la voie médiane qu'il nous faut donner notre préférence, car, par elle, l'erreur de diagnostic est moins grave que par la voie latérale; nous pouvons faire un examen complet, rectifier le diagnostic et faire ce qui doit être fait.

II. S'il s'agit d'appendicite avec abcès, notre conduite est différente suivant que cet abcès est adhérent ou non à la paroi.

Dans le premier cas, nous avons attendu le refroidissement du foyer appendiculaire; ce refroidissement ne s'est pas produit; il s'est formé un abcès qui a infiltré la paroi; celle-ci est même déformée et œdémateuse au niveau de la collection purulente. Notre conduite ne peut être douteuse; nous devons faire comme si nous nous trouvions en présence d'un vulgaire abcès appelant le bistouri à son point le plus fluctuant; dans ce cas, nous pratiquons une simple ouverture d'abcès; nous n'extirpons l'appendice que s'il se présente spontanément; sinon, nous le laissons en place pour pratiquer plus tard l'appendicéctomie.

Dans le deuxième cas, il existe des signes de formation de collection purulente: (la température persiste ou augmente, il y a des vomissements, de la douleur, l'état général est mauvais) et rien ne nous indique qu'elle adhère à la paroi abdominale antérieure; rien ne nous permet de préciser la situation de l'abcès par rapport à la paroi. Nous avons alors avantage à pratiquer l'incision médiane pour aller au-devant du foyer purulent; nous pouvons facilement protéger le péritoine sain avant d'aborder la collection; nous l'entourons, en plein jour, de compresses, l'isolant ainsi complètement des parties saines; nous por-

tons notre drain exactement où il doit être placé; s'il est nécessaire de faire une contre-ouverture, nous la faisons de dedans en dehors au point voulu.

III. Si nous avons affaire à une appendicite avec péritonite généralisée, c'est-à-dire, à un de ces cas graves dans lesquels tout le péritoine participe à l'inflammation, dans lesquels on trouve fréquemment un épanchement louche ou franchement purulent dans les parties déclives, nous devons opérer par la voie la plus large, par celle qui permet l'abord de tous les organes abdominaux et pelviens, c'est-à-dire par la voie médiane.

IV. Enfin nous avons affaire à une appendicite refroidie: c'est à cette forme que nous faisons allusion en énumérant les avantages de la laparotomie médiane; c'est, sans contredit, à ce cas que la laparotomie médiane convient le mieux.

Toutes les formes cliniques, exception faite pour le cas où il existe une collection purulente adhérente à la paroi sont donc justiciables de cette laparotomie, mais pas toutes à un degré aussi haut que l'appendicite à froid.

Les lésions appendiculaires ont un siège variable comme l'appendice lui-même: tantôt en dedans, tantôt en dehors, tantôt plus bas que le cœcum, tantôt remontant soit en avant, soit en arrière de lui. Le plus souvent, c'est en dedans que nous trouvons les lésions.

Si l'appendice descend dans le pelvis, la voie médiane seule est applicable; si les lésions siègent en dedans du cœcum, notre voie conserve encore tous ses avantages; si elles remontent trop haut, soit en avant, soit en arrière du cœcum, elle pourra encore être utilisée, mais nous de-

vons alors prolonger notre incision en haut. Si les lésions sont exo-cœcales, il vaut mieux opérer par la voie latérale, si toutefois il ne s'agit que d'appendicite.

En somme, au point de vue de la situation de l'appendice, ce sont les cas d'appendices internes par rapport au cœcum et ceux d'appendices pelviens, qui sont les plus justiciables de notre incision. Nous avons vu que le diagnostic de situation ne peut être que rarement fait avant l'ouverture de l'abdomen.

Nous avons déjà dit que c'est surtout au sexe féminin que la laparotomie médiane pour appendicectomie convient; mais chez la femme, il est des cas où elle convient surtout.

C'est ainsi que lorsqu'une femme présente des antécédents génitaux, lorsqu'il existe des soupçons de lésions génitales ou autres lésions pelviennes ou abdominales, nous ne devons pas hésiter à pratiquer la laparotomie médiane.

Si nous avons affaire à une femme qui a déjà été laparotomisée antérieurement par cette voie, nous devons également opérer de même pour éviter une deuxième cicatrice, deuxième chance d'éventration.

Chez une vierge, ou une jeune femme, au nom de l'esthétique, nous n'hésiterons pas plus à faire l'incision cruciale de Kurtner ou le Pfannenstiel.

Nous avons déjà vu deux cas de contre-indications à la laparotomie médiane: celui d'adhérence à la paroi d'une collection purulente para-appendiculaire, et celui d'appendice exo-cœcal. Il en existe encore un: c'est celui d'appendicite chez une femme enceinte. Chez celle-ci, en effet, nous devons opérer par la voie latérale pour deux rai-

rons: L'utérus gravide, plus ou moins volumineux suivant l'époque de la gestation, ne doit pas être déplacé, malmené; sinon, une fausse-couche est imminente; par l'incision médiane, nous serions obligé de le déplacer vers la gauche, et cela, d'autant plus qu'en règle générale le fond de l'utérus est dévié à droite de la ligne médiane. Nous risquerions donc de provoquer une fausse-couche et nous serions trop gêné par l'utérus lui-même si la grossesse était avancée. — La deuxième raison, c'est que, chez la femme enceinte, tous les organes abdominaux sont déplacés; l'appendice avec le cœcum participent à ce déplacement dans la mesure du possible; ils sont déplacés en haut et à droite. C'est par la voie latérale qu'on les atteint donc le plus directement.

Comme l'a établi le professeur Segond, non seulement il faut opérer par la voie latérale, mais encore faire l'incision plus haut qu'on ne la fait d'habitude.

OBSERVATIONS

Observation I inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

M^e D...

Laparotomie médiane et appendicectomie seule.

Diagnostic: Appendicite et annexite double.

La malade ayant eu une crise très violente d'appendicite avec plastron abdominal considérable et une annexite concomitante double, j'attends le refroidissement des lésions pendant un mois environ.

Opération: Le 12 avril, dans le service du professeur Pozzi. Comme je pense à une annexite compliquant l'appendicite, je fais une laparotomie médiane.

Valve de Doyen.

Je trouve un utérus infantile et des annexes suffisamment saines. Je me borne à détruire quelques adhérences, reliquat de la poussée de périméthro-salpingite, et je passe ensuite à l'appendice. Résection de l'appendice malade. Thermocautérisation du moignon et enfouissement par une suture en bourse.

Un petit drain est laissé pendant 24 heures.

Refection de la paroi en 3 plans au surjet de catgut.

REMARQUES: Je suis intervenu à cause des lésions génitales en même temps qu'appendiculaires. Je trouve des annexes re-

devenues suffisamment saines après une crise de périméto-salpingite, et je les conserve. Donc, ici, l'opération a été exploratrice, conservatrice et curatrice de la lésion appendiculaire et de quelques adhérences péri-utéro-annexielles.

Observation II inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

Laparotomie médiane. — Annexectomie droite et appendicectomie

Mme X..., 23 ans, pas de grossesses, pas de fausses-couches.

Diagnostic: Appendicite d'abord et peut-être ovarite droite. Je conseille la laparotomie médiane pour agir en même temps sur l'appendice et sur les annexes droites s'il y a lieu.

Opération: Maison d'Armaillé, 30 nov. 05.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

A l'ouverture du ventre, je trouve du liquide péritonitique dans le cul-de-sac vésico-utérin et le Douglas.

Les annexes gauches saines sont laissées.

Les droites présentent seulement un ovaire légèrement scléro-skystique; comme elles pouvaient, peut-être, être le point de départ des douleurs, elles sont enlevées. J'enlève l'appendice très long, coudé en deux endroits et contenant des coprolithes multiples.

Enfouissement du moignon par un surjet en bourse.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Cette malade à la suite d'une autoplastie cervicale complémentaire a accouché dans de très bonnes conditions 3 ans après.

REMARQUES: Je suis intervenu ici pour appendicite formellement; mais j'ai choisi la voie laparotomique médiane pour le cas où il y aurait une lésion annexielle et pour assurer d'une fa-

con certaine la cessation des douleurs droites, même si leur siège anatomique précis était méconnu.

La malade a guéri et a pu, sans inconvénient, mener à bien une grossesse.

Observation III inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

M^r R...

Laparatomie médiane pour appendicite suppurée avec phénomènes d'occlusion intestinale

Diagnostic: Appendicite avec phénomène d'occlusion intestinale chez une malade ayant subi antérieurement une laparotomie. « La malade avait une température élevée et présentait des signes d'infection péritonéale en même temps que d'occlusion ».

Opération: Le 23 janvier 06. Opération d'urgence à 3 h. de l'après-midi.

Résection de la cicatrice laparotomique ancienne et pénétration très prudente dans le péritoine en dégageant les anses intestinales supposées étranglées. Ce temps est extrêmement délicat; je parviens à pénétrer un doigt dans le ventre et à dégager quelques anses intestinales agglutinées: du liquide péritonitique s'écoule, analogue à celui des hernies étranglées, et je trouve des fausses-membranes de péritonite; l'intestin est distendu et rougeâtre. Petit à petit, en me dirigeant de haut en bas vers le pubis, je dégage les anses intestinales coudées et complètement adhérentes à la paroi; l'une d'elles fait presque complètement partie de la paroi, tellement elle y est incluse: je la dissèque; dans ces manœuvres, l'intestin, sans être troué, est fortement dépouillé sur une longueur de 6 cent.; je suis obligé, avant d'aller plus loin, de faire une suture de l'intestin longi-

tudinale de 6 cent., en deux étages, au catgut très fin et à l'aiguille de couturière. Alors seulement, le champ abdominal devient libre et je peux pénétrer plus loin vers les fosses iliaques et la cavité pelvienne où je trouve encore du liquide péritonitique et des fausses-membranes plus nombreuses.

Je me dirige à droite vers la région appendiculaire où au milieu d'un magna de fausses-membranes épaisses, puriformes, j'arrive en écartant les anses intestinales très rouges, à mettre au jour, une collection purulente verdâtre, très fétide: je l'écrase, l'assèche et touche les parois avec une compresse imbibée d'alcool. Je place, tout de suite un Michkulicz dans la fosse iliaque droite et au niveau de la région appendiculaire où l'appendice n'est d'ailleurs pas retrouvé. Dans le sac de Michkulicz, je mets une mèche iodoformée, une mèche simple et un drain. Je place ensuite un drain énorme, gros comme le pouce dans la fosse iliaque gauche pour drainer le liquide de péritonite généralisée.

Je ferme le péritoine par un surjet au catgut, et tout le reste de la paroi abdominale par un seul plan aux fils d'argent avec des crins intermédiaires complémentaires. Cet appareil de drainage ressort tout entier par l'extrémité inférieure de l'incision abdominale.

REMARQUES: A remarquer ici, qu'il ne s'agit pas de signes simulant l'occlusion comme cela arrive parfois dans les péritonites, mais vraiment d'occlusion augmentant l'appendicite supprimée et la péritonite déjà généralisée.

A remarquer aussi l'importance du drainage qui assure l'évacuation de toute la cavité abdominale et des deux fosses iliaques, drainage qui ressort par la même incision où il aboutit tout entier et largement. Cette malade, malgré son état très

grave et les conditions d'urgence où elle a été opérée, a fort bien guéri.

Observation IV inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^e X...

Laparotomie médiane. — Annexeotomie droite et appendicectomie

Diagnostic: Salpingite droite et appendicite.

Opération: Maison de santé du Dr. Saison. 24 janv. 06. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen; écarteur de Gosset.

Les annexes gauches trouvées suffisamment saines sont laissées. Les annexes droites sont adhérentes et l'ovaire est en dégénérescence scléro-kystique: elles sont enlevées.

L'appendice est incrusté sur le fond et la paroi postérieure du cæcum, sans méso-intermédiaire; il contourne en anse et ensangle le cæcum et va se perdre dans la fosse iliaque droite où je suis obligé de le poursuivre sans arriver à en dégager l'extrémité terminale. Pour y arriver, je suis obligé de sectionner d'abord l'appendice à son insertion cœcale et à le poursuivre de haut en bas en le décollant du cæcum et en l'extrayant de la fosse iliaque où il se perd. Je lie un vaisseau, peut-être l'artère appendiculaire et ne trouvant pas l'extrémité tout à fait terminale de l'appendice, je le sectionne le plus loin possible, en cautérisant la surface de section, de telle sorte que je laisse l'extrémité tout à fait terminale dans la fosse iliaque où il serait périlleux de la chercher.

Je cautérise le moignon du côté cœcal et en pratique l'enfouissement péritonéal en bourse. Puis je termine par la péritonisation de la fosse iliaque dont le péritoine est soulevé au niveau de la ligne innommée.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi en 3 plans. Les douleurs pouvaient s'expliquer par le tiraillement de l'appendice, d'ailleurs tout à fait aplati, quand le cæcum se chargeait d'un contenu fécal.

REMARQUES: Je suis intervenu ici, surtout, pour appendicite. C'est le soupçon d'une ovarite concomitante qui m'a fait choisir la voie médiane.

A noter la disposition spéciale de l'appendice pouvant expliquer les douleurs par surcharge cæcale qui landait pour ainsi dire l'appendice. A noter aussi l'extirpation incomplète, mais suffisante de cet organe.

Observation V inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^r S...

Laparotomie médiane. — Annexeetomie droite et appendicetomie

Diagnostic: Annexite avec, probablement, appendicite.

Opération: Le 3 février 1906, à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi, avec l'assistance de Caraven, interne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

Ablation des annexes droites collées derrière le ligament large droit par des adhérences très nombreuses: l'ovaire est pour ainsi dire incrusté dans la paroi postérieure de ce ligament où il s'était creusé une véritable loge. On l'extirpe après avoir lié séparément le pédicule utéro-ovarien, puis la trompe, le ligament utéro-ovarien et même le ligament rond. On péritonise ensuite le ligament large correspondant en enfouissant le moignon annexiel.

Passant ensuite à l'appendice que je trouve volumineux, je lie l'artère méso-appendiculaire. L'appendice est ensuite extirpé, comme d'habitude, avec cautérisation du moignon et enfouissement péritonéal par un surjet en bourse.

Pas de drainage: Fermeture de la paroi en 3 plans au catgut.

L'appendice présente à la coupe des parois épaisses et lardées de 4 millimètres et une muqueuse, non enduite de pus, mais présentant de la tuméfaction et des fougosités.

REMARQUES: Ici on intervient autant pour l'annexité que pour l'appendicite. L'incision médiane a permis de faire tout le nécessaire et rien que le nécessaire au point de vue des lésions génitales et au point de vue des lésions appendiculaires.

Observation VI inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

M^r T...

Laparotomie médiane; hystéro annexectomie sub-totale et appendicectomie.

Diagnostic: Annexite double avec probablement appendicite concomitante.

Opération: Le 7 février 1906, à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi, avec l'assistance de Caraven, interne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

L'utérus est volumineux, présente des bosselures fibreuses au niveau de la face postérieure et de la corne droite, au niveau de la face antérieure et de l'isthme.

L'ovaire droit est très atrophié, ratatiné, mais la trompe est perméable.

Du côté gauche: ovaire scléro-kystique avec un kyste gros comme une noix.

En somme, à cause des petits fibromes, je pense qu'il n'est guère possible de conserver l'utérus, d'autant que, du côté gauche en particulier, les annexes sont fort altérées.

Hysterectomie abdominale sub-totale par le procédé américain et péritonisation des ligaments larges. Je cherche ensuite l'appendice qui est long, volumineux et présente un méso très épais et très gros. Résection de l'appendice avec enfouissement du moignon par un surjet en bourse à la soie fine.

Pas de drainage. Fermeure de la paroi abdominale en 3 plans au catgut.

REMARQUES: Ici, l'appendicectomie a été un complément très simple, très facile et de très courte durée, d'une opération bien plus importante, quoique cette hysterectomie n'ait pas été plus particulièrement difficile.

Observation VII inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^r S...

Laparotomie médiane et appendicectomie pure

Diagnostic: Appendicite et soupçon d'annexite gauche. La malade a eu des phénomènes combinés d'annexite et d'appendicite, la dernière crise appendiculaire a eu lieu le 17 janvier 1905 et a falli déterminer l'opération d'urgence. Le toucher ne révèle rien de net, mais à cause des antécédents: laparotomie médiane.

Opération: Le 9 janvier 1906, à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi.

Laparotomie médiane. Annexes saines. Corps jaune sur l'ovaire gauche.

Utérus d'apparence normale. Une certaine quantité de liquide citrin, indice d'une inflammation récente et de la quantité d'un demi verre à Bordeaux, existe dans le petit bassin.

L'appendice, facilement accessible, sain en apparence, sans adhérences, est enlevé et son moignon enfoui par un surjet sérieux.

A la section, il contient 3 concrétions stercorales fortement colorées par la bile; il a une longueur de 7 cm; sa muqueuse est épaissie.

Pas de drainage: Fermeture de la paroi en 3 plans.

REMARQUES: Il s'agit ici d'une appendicectomie pure et simple; mais la laparotomie médiane a été exploratrice et conservatrice d'organes génito-pelviens revenus à leur état normal après une crise pelvi-péritonique ancienne.

Observation VIII inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

M^e R...

Laparotomie médiane. — Appendicectomie et péritonite tuberculeuse ascitique cloisonnée

Diagnostic: Annexite avec peut-être appendicite.

Opération: Le 10 février 1906, dans le service du professeur Pozzi, à l'hôpital Broca, avec l'assistance de Caraven, interne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

Je tombe sur des anses intestinales grêles qui présentent des granulations tuberculeuses. Cet intestin est velvétique et rougeâtre. Le colon placé transversalement au-dessous du fond de

l'utérus et des annexes que l'on ne peut distinguer, perdues qu'elles sont dans un magma d'adhérences.

Je trouve sur les parois latérales du pelvis surplombant les annexes, des vésicules de liquide citrin de la quantité d'un verre, du côté droit. Ce liquide qui paraît contenu dans des vésicules est surtout maintenu par des adhérences indiquant qu'on a affaire à une ascite cloisonnée.

Je tombe sur l'appendice dont l'insertion cœcale est facile à décélérer, mais dont l'extrémité inférieure plonge du côté des annexes en se perdant dans les adhérences qui limitent l'ascite cloisonnée. Pour arriver à détacher cet appendice, je suis obligé de le lier et de le sectionner à son insertion cœcale. Je procède tout de suite à l'enfouissement de son moignon après avoir lié préalablement l'artère appendiculaire. Je peux alors poursuivre l'appendice de haut en bas et ainsi complètement le détacher.

Je cherche alors à dégager les annexes et le fond de l'utérus. Je ne parviens qu'à grand peine à isoler le colon pelvien de ces organes, où je trouve un magma de matière ayant l'aspect bacillaire. Je juge inutile de pousser plus loin l'isolement de l'utérus et des annexes, de peur de trop grands délabrements.

Une mèche est mise au-dessous du colon pelvien et va plonger dans le Douglas. La surface de séparation des adhérences de l'utérus est cautérisée au thermo.

REMARQUES: Le point à retenir ici est la fusion de l'appendice avec les annexes droites tuberculeuses au milieu d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique cloisonnée. Il s'agit d'une appendicito-annexite avec péritonite.

Si l'on avait plutôt penché vers l'appendicite seulement et si

l'on avait fait seulement la laparatomie latérale, on eût méconnu la péritonite tuberculeuse, on eût laissé des poches pleines de liquide ascitique et l'on eût eu une extrême difficulté, on le voit par les détails de l'opération, à extirper l'appendice en totalité.

Observation IX inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^e M.-L., 22 ans.

*Laparotomie médiane. — Hystérectomie sub-totale. —
Appendicectomie*

Diagnostic: Annexite double avec appendicite. La malade avait eu plusieurs crises très violentes d'appendicite.

Opération: Le 10 février 1906, à l'hôpital Broca, dans le service du professeur Pozzi, assistant: Caraven, interne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

Je trouve des ovaires scléro-kystiques avec des trompes peu volumineuses, mais oblitérées, entourées d'une quantité d'adhérences filamenteuses qui les maintiennent en arrière, collées contre la face postérieure des ligaments larges.

L'utérus est peu volumineux, mais sa muqueuse malade et le péri-utérin velvétique.

L'appendice qui fut le siège de crises violentes est enlevé et je pratique l'enfouissement du moignon avec un surjet en bourse. La muqueuse appendiculaire est fongueuse et les parois de l'appendice sont épaissies et lardacées.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi en 3 plans au catgut; un point de soutien au fil d'argent.

REMARQUES: Ici, toutes les raisons ont milité en faveur de

l'incision médiane; mais l'indication d'appendicéctomie était formellement posée d'avance.

Observation X inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

M^e X..., 32 ans

Laparotomie médiane. — Annexectomie bilatérale et appendicéctomie

Diagnostic: Annexite double et appendicite.

Opération: Maison de santé du docteur Sandry, 6 mars 1906.
Laparotomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen, écarteurs de Gosset.

Je pratique d'abord l'ablation de l'appendice malade et augmenté de volume, enfouissement du moignon par un surjet péritonéal en bourse.

Les annexes des 2 côtés ont subi une dégénérescence sclérokystique complète, de plus il existe à gauche un varicocèle tubo-ovarien énorme. Je pratique l'annexectomie bilatérale et laisse l'utérus pour ne pas prolonger l'intervention.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi en 3 plans.

REMARQUES: Je suis intervenu ici formellement pour appendicite, quitte à agir sur les annexes s'il y a lieu.

J'ai procédé à l'appendicéctomie avant de m'attaquer aux annexes que j'aurais voulu pouvoir conserver.

L'utérus a été laissé pour abrégé l'opération, d'autant qu'il ne paraissait pas malade.

Observation XI inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^e R. G., 19 ans

*Laparotomie médiane itérative. — Appendicectomie et
annexectomie droite*

Diagnostic: Appendicite aiguë.

Opération: Le 16 mai 1906, assistance de Pottet, interne.

L'opération est pratiquée d'urgence à 7 heures du soir. A l'ouverture du ventre: anses intestinales dilatées; il est très difficile d'arriver sur l'appendice qui est absolument caché et complètement dépourvu de méso: il remonte, incrusté dans la paroi postérieure du cæcum, jusque vers la fosse bombaire. Je parviens toutefois à le sculpter et à le détacher. Il présente une longueur anormale de 12 cm. Je péritonise la surface dénudée du cæcum où se trouvait l'appendice comme dans une gouttière.

J'enlève les annexes droites qui avaient été fixées par le professeur Pozzi dans une opération précédente; ces annexes présentaient des adhérences avec les organes voisins.

De même, je dégage quelques adhérences au niveau du pédicule gauche où les annexes avaient été enlevées. Un drain est mis dans la région lombo-iliaque et un autre dans le Douglas.

Suture de la paroi en trois plans: peau aux crins.

REMARQUES: J'interviens ici d'urgence, uniquement pour appendicite aiguë grave. Je choisis la voie médiane parceque je veux éviter à cette jeune femme de 19 ans, une deuxième cicatrice et une nouvelle occasion d'éventration possible.

Je pratique l'annexectomie droite uniquement à titre de complémentaire, parceque ces annexes, devenues adhérentes, pourraient être plus tard le siège de douleurs persistantes.

Observation XII inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^e M..., 32 ans

*Laparotomie médiane. — Appendicectomie et annexectomie
gauche. — Raccourcissement du ligament rond*

Diagnostic: Appendicite et soupçon d'annexite.

Opération: Le 2 juillet 1906, dans le service du professeur Pozzi. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

L'utérus est rétrofléchi; les annexes du côté droit sont suffisamment saines; la trompe est perméable, mais l'ovaire scléro-kystique: je les laisse cependant. L'ovaire gauche est plus malade et présente un kyste gros comme une noisette; la trompe est perméable. J'enlève ces annexes gauches.

Je fais ensuite un raccourcissement du ligament rond droit qui redresse complètement l'utérus. (Du côté gauche, le pédicule formé par le ligament large dont les annexes ont été enlevées, constitue à lui seul un degré de raccourcissement et par conséquent de redressement utérin).

Je termine par l'ablation de l'appendice malade: appendicectomie, thermocautérisation, enfouissement du moignon par un surjet en bourse.

L'appendice ratatiné et court, est plein de matières fécales. Fermeture de la paroi en 3 plans. Un drain est mis dans le Douglas par sécurité et n'est laissé que 24 heures.

REMARQUES: La laparotomie médiane a permis en même temps que de pratiquer l'appendicectomie; de traiter un côté annexiel malade et de remédier à une rétroflexion utérine par raccourcissement du ligament rond.

Observation XIII inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

Mlle G. M., 23 ans

Laparotomie médiane par incision cruciale de Kustner. —

Appendicectomy et annexectomie droite

Diagnostic: Appendicite. Il s'agit d'une vierge et l'on ne songe pas à une annexite droite.

Opération: Le 7 novembre 1906, service du professeur Pozzi: Je pratique, la malade étant vierge, la laparotomie par incision cruciale de Kustner, afin que la cicatrice soit cachée par les poils pubiens, repoussés. Ecarteur de Gosset, pas de valve sus-pubienne. J'explore les annexes droites et je trouve l'ovaire du côté correspondant, augmenté de 3 fois son volume et transformé en cavité kystique. Ces annexes sont enlevées.

Je procède ensuite à la recherche de l'appendice qui se présente avec un méso excessivement court. Ligature de l'artère appendiculaire; section de l'appendice au thermocautère et enfouissement du moignon.

Pas de drainage. Fermeture de la paroi en 3 plans au catgut.

Remarque. — Cette observation est intéressante en ce sens que j'ai choisi cette voie laparatomique médiane par incision cruciale, visant uniquement l'appendicectomy et dans un but esthétique chez cette vierge à qui je ne voulais pas laisser de trace apparente de cicatrice.

Ce n'est que concurremment que j'ai fait une annexectomie droite pour ovarite inattendue. Du reste, c'était probablement de cette ovarite que la malade souffrait surtout. La voie médiane a permis d'assurer la guérison. Si l'on avait pratiqué la voie latérale, la malade, malgré son appendice enlevé, eût continué à souffrir à cause de son ovarite méconnue.

Observation XIV inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

*Laparotomie médiane
Annexectomie droite et appendicectomie*

Mme X... 31 ans, 3 enfants.

Diagnostic. — Ovarite chronique droite prolabée dans le Douglas et appendicite. Point douloureux très net au point de Mac-Burney.

Opération. — 18 décembre 1906; maison de santé du docteur Saison. Chloroforme: doctoresse Volovatz; assistant Pottet. Valve de Doyen, écarteur de Gosset.

L'appendice est augmenté de volume et son méso est extrêmement court, de telle sorte que l'hémostase présente à un moment de très réelles difficultés. Les annexes gauches reconnues saines sont laissées. Les droites présentent une trompe très congestionnée et un ovaire augmenté de 4 fois son volume et plein de kystes sanguins. Annexectomie droite. Pas de drainage. Fermeture de la paroi en trois plans.

Remarques. — Il s'agit ici d'un de ces nombreux cas de concomitance d'appendicite et d'annexite droite.

La voie médiane s'imposait suivant ce diagnostic établi: l'extirpation de l'appendice a été difficile; elle l'eût été davantage, si n'ayant affaire qu'à une appendicite, on eût utilisé la voie laparotomique latérale.

Observation XV inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES
M^e X...

Laparotomie médiane. Hystérectomie abdominale totale (pour fibrome sphacélé) et appendicectomie.

Diagnostic. — Fibrome utérin en voie de dégénérescence ou avec phénomènes de sphacèle (La malade avait de la tempéra-

ture, mais n'expulsait aucun débris par le col). Des douleurs existaient à droite et assez haut, ce qui fit penser aussi à une annexite concomitante du fibrome.

Opération. — Le 28 fév. 07; maison de santé de la rue d'Armaillé, chloroforme: Bourgoïn.

Laparatomie médiane. Valve de Doyen. Ecarteur de Gosset. Mon laparostat.

Hystérectomie abdominale totale par le procédé américain. L'utérus a le volume de 3 poingts réunis; il est bosselé. Il renferme plusieurs fibromes, dont un plus volumineux, gros comme le poing, présente à son centre une zone dégénérée et sphacélée. Les annexes sont altérées des deux côtés.

L'appendice examiné à son tour, reconnu malade, augmenté de volume, est enlevé et son moignon péritonisé.

Drainage. Fermeture de la paroi en trois plans.

Remarques. — Evidemment ici la laparatomie médiane était la seule à laquelle on dût songer. Mais voilà un cas de concomitance d'appendicite avec un fibrome.

La malade, qui a parfaitement guéri, n'a plus jamais souffert de son côté droit.

Observation XVI inédite, due à l'obligeance du docteur DARTIGUES

Mme L..., 38 ans

Laparatomie médiane itérative.

Appendicectomie et annexectomie gauche.

Diagnostic. — Appendicite.

Opération. — 9 mars 07, dans le service du professeur Pozzi, assistant Hovelacque interne.

Laparotomie médiane. Dissection de la cicatrice de la laparotomie antérieure.

Les annexes droites avaient été enlevées dans une précédente opération, et il n'y a de ce côté rien de particulier. Les annexes gauches sont très adhérentes à la face postérieure du ligament large correspondant et au Douglas. Le pédicule utéro-ovarien est épais, charnu et lardacé. La trompe est oblitérée à son pavillon, tortueuse. L'ovaire est augmenté de volume et présente de nombreux kystes dont plusieurs sanguins: le tout enveloppé d'adhérences. Extirpation de ces annexes.

L'appendice malade est long, très adhérent au cæcum et n'a pas de méso: extirpation et enfouissement du moignon, comme d'habitude.

Une mèche de drainage pendant 48 heures.

Fermeture de la paroi abdominale en 3 plans.

Remarques. — Je suis intervenu ici uniquement à cause du diagnostic d'appendicite, en choisissant la voie médiane.

Cette inspiration a été heureuse, car si, comme d'habitude, j'avais fait l'incision latérale, j'aurais méconnu une annexite chronique gauche peu appréciable cliniquement, puisqu'elle ne fut pas perçue au toucher, annexite qui eut fini par accuser douloureusement sa présence et nécessité une intervention nouvelle, avec une nouvelle cicatrice.

Observation XVII inédite, due à l'obligeance du D^r DARTIGUES
Mme F..., 31 ans

Laparotomie médiane itérative
Hysterectomie abdominale sub-totale pour kyste intra
ligamentaire droit et appendicectomie.

Diagnostic: Annexite droite et appendicite.

Opération: Le 26 septembre 1907, service du professeur Pozzi; assistant: docteur Caséus.

Laparatomie médiane itérative. Résection de la cicatrice de la laparatomie antérieure.

Je trouve les annexes du côté gauche absentes: elles ont été enlevées dans la précédente opération. Du côté droit, je trouve un kyste du volume d'une orange, plongé dans le Douglas et accolé à la paroi pelvienne latérale droite. Ce kyste ovarien est en partie intra-ligamentaire et très adhérent au Douglas. En essayant de le décortiquer, je le crève: il s'échappe de la sérosité.

Je pratique l'hystérectomie abdominale sub-totale par le procédé américain, en commençant par le côté gauche, de façon à pouvoir passer sous le kyste.

Hémostase des pédicules; cautérisation ignée du col; péritonisation complète du col et des ligaments larges. Ablation de l'appendice qui présente des adhérences tout autour et qui est augmenté de volume. Enfouissement du moignon par un surjet en bourse. Drainage: un gros drain, deux mèches. Fermeture de la paroi en 3 plans (catgut et agrafes de Michel pour la peau).

REMARQUES: Noter ici que dans une poussée annexielle droite, à cause du kyste intra-ligamentaire droit, on aurait été entraîné à penser probablement à une appendicite avec gros plas-tron dont on eût vainement attendu le refroidissement ou qu'on aurait opéré par la voie latérale avec des chances d'intervention incomplète.

Observation XVIII inédite, due à l'obligeance du D^r DARTIGUES
M^e X...

Laparatomie médiane.

Annéxectomie droite et appendicectomie

Diagnostic: Appendicite d'abord et salpingite tuberculeuse

droite probable. Je conseille la laparatomie médiane pour agir en même temps sur l'appendice et sur les annexes droites.

Opération: Dans ma clinique de la rue de la Pompe, 3 décembre 1908. Chloroforme; doctoresse Volovatz; assistant: doctoresse Fabre. Laparatomie médiane sous-ombilicale. Valve de Doyen. Laparostat du docteur Dartigues.

Je trouve un semis de granulations tuberculeuses sur la trompe droite. L'ovaire droit est scléro-kystique, augmenté de volume, contient de gros kyste séreux du volume d'une noisette; il est prolabé dans le Douglas.

Annexectomie latérale droite et appendicectomie avec enfouissement du moignon par un surjet en bourse. Pas de drainage. Fermeture de la paroi en 3 plans.

REMARQUES: Le diagnostic était exact. La laparatomie médiane favorisa deux extirpations qu'il était nécessaire de pratiquer rapidement, vu l'état général de la malade. L'appendice, par cette voie opératoire, était des plus accessibles et on pouvait agir sur lui en toute commodité nécessaire à une bonne et complète extirpation.

Observation XIX inédite, due à l'obligeance du D^r DARTIGUES

Laparatomie médiane.

Hysterectomie abdominale sub-totale et appendicectomie.

Mme X..., 34 ans, a eu 3 enfants.

Diagnostic: Appendicite. La malade a eu plusieurs crises, la dernière très violente, avec énorme plastron abdominal. Il a fallu la tenir en observation pendant un mois et attendre le refroidissement des lésions, la chute de la température prolongée et la disparition du plastron.

J'ai pratiqué à deux reprises le toucher vaginal pour me rendre compte s'il n'y avait rien du côté des annexes droites; on sentait seulement l'utérus rétro-versé et rien du côté des ovaires.

Opération: Dans ma clinique, le 3 février 1909. Chloroforme. Doctoresse Volovatz. Pas d'aides.

Laparatomie médiane sous-ombilicale a priori, bien que je n'intervienne que pour l'appendicite.

Valve de Doyen et mon laparostat.

Je trouve des lésions de péritonite pelvienne accusées, on ne voit pas l'utérus caché par des adhérences et en rétroversion. Le péritoine sus-vésical s'avance en replis qui monte comme une vague ourlée sur la pente inclinée que forme la paroi antérieure de l'utérus.

J'aperçois les annexes droites volumineuses, congestionnées jusqu'au rouge sombre; l'ovaire et la trompe fusionnés et difficiles à distinguer sont adhérents au niveau du rebord pelvien innominé et de la région cœco-appendiculaire.

Il est difficile de distinguer le cœcum et l'éléon au milieu des adhérences: à leur face postérieure, on finit pas apercevoir l'appendice dont l'extrémité poursuivie va se confondre totalement avec les annexes droites malades.

Appendicectomie et essai d'enfouissement du moignon. Je parviens à dégager les annexes droites qui laissent sur la paroi pelvienne et vers le cœcum une large plaque cruentée. L'ovaire droit est dégénéré en micro-kystes; à son côté se trouve un petit kyste para-tubaire, gros comme une noix; la trompe est oblitérée.

L'utérus qui adhérait très solidement par son fond et sa paroi postérieure au niveau du promontoire et avec des anses intestinales, ce qui cachait entièrement le Douglas, est libéré et

mobilisé, ce qui permet de pratiquer alors l'hystérectomie abdominale sub-totale. L'utérus est saisi avec mon kystéro-labe.

Fermeture du col. Péritonisation des ligaments larges et du col.

Drainage: un gros drain, et deux mèches sur les surface cruentées.

Fermeture de la paroi en 2 plans pour abrégér: un surjet au catgut pour le péritoine; des crins doubles pour tous les autres plans pris en masse.

REMARQUES: Le seul diagnostic fait était celui d'appendicite aiguë qui s'était manifestée par un gros plastron abdominal et dont il a fallu suivre longtemps le refroidissement. Le toucher vaginal pratiqué avec soin, ne pouvait faire penser à une annexite (comme on le voit, les lésions annexielles étaient haut situées). Je fis néanmoins la laparatomie médiane. Bien m'en a pris, puisque j'ai trouvé un appendice qu'il eût été probablement difficile de décéler et d'enlever par la voie latérale et extrêmement adhérent et fusionné avec une annexite droite, de la pelvi-péritonite, des adhérences tout à fait nombreuses avec la vessie et l'intestin et une annexite à gauche.

Si j'avais pratiqué la laparatomie latérale, non seulement j'aurais risqué de faire une opération incomplète au point de vue appendiculaire, mais j'aurais laissé totalement des lésions utéro-annexielles méconnues: la malade n'aurait pas guéri; une deuxième intervention grave aurait été nécessaire à un moment donné et une deuxième cicatrice aurait stigmatisé le ventre de la malade.

Observation XX inédite, personnelle, prise à la maison de santé du docteur DARTIGUES.

Laparatomie médiane.

Appendicectomie et annexectomie droite.

Mme X..., 37 ans. Pas d'enfant, ni fausse-couche. Règles douloureuses depuis longtemps, durant 4 à 5 jours, mais abondantes. Crise appendiculaire: fin août dernier. Dernière règle: fin septembre.

Diagnostic: Appendicite et annexite droite probable.

Opération: Le 11 août 1909, par le docteur Dartigues, avec l'assistance du docteur Judet; chloroforme: doctoresse Volovatz.

Incision cruciale à travers pubis.

Appendice 2 fois plus long que normalement; adhérences; hémotase difficile.

Enfouissement du moignon.

Hématosalpinx gros comme un pouce à droite et ovaire scléro-kystique volumineux, dégénéré: annexectomie. Ovaire et trompe gauche sains, sont laissés. Utérus avec petits noyaux fibreux sous-péritoneaux: est laissé, pour ne pas castrer complètement la femme.

Drainage. Agrafe de Michel.

REMARQUES: On était intervenu pour appendicectomie; mais on avait supposé que l'ovaire pouvait être pris.

CONCLUSION

En résumé, la laparotomie médiane pour appendicectomie est en général préférable à la latérale :

parce qu'elle est plus simple, plus facile et plus rapide, exception faite pour le cas d'appendice exo-cœcal ou remontant très haut ;

parce qu'elle est plus certaine, en ce sens qu'elle permet de rectifier ou de compléter le diagnostic porté avant l'opération ;

parce qu'elle est plus complète, en donnant au chirurgien la faculté de faire, à côté de l'appendicectomie, des opérations complémentaires, parfois importantes ;

enfin parce qu'elle donne une cicatrice plus solide, plus jolie, pouvant même être dissimulée complètement.

Toutes les formes cliniques d'appendicites, sauf les cas d'appendicite avec adhérence d'une collection purulente para-appendiculaire avec la paroi, d'appendicite exo-cœcal (appendice à droite du cœcum) et d'appendicite avec grossesse concomitante, sont justiciables de la laparotomie médiane.

Le cas auquel elle convient le mieux, est, sans contredit, celui d'appendicite à froid chez une femme à organes génitaux douteux, surtout si l'appendice est pelvien ou interne.

Vu et approuvé,
Le Président de Thèse,

POZZI.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

